

Lars Nordgren

ek.dr., universitetslektor
Institutionen för Service Management
Lunds universitet, Campus Helsingborg
Box 882, 251 08 Helsingborg
Tel: 042-35 66 32, 035-10 33 96
Email: lars.nordgren@msm.lu.se

Dekonstruktion av det fria vårdvalet och vårdgarantin i den svenska sjukvårdsdiskursen

Introduktion

Det är påtagligt att språkbruket har förändrats i takt med utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Ett exempel på denna språkliga omdaning är att den som söker sjukvård numera kan kallas kund. Tidigare har man i allmänhet benämnt den person som vänder sig till sjukvården med ordet patient, som kommer från latinska *patior* som betyder lida, tåla, uthärda. Förändringen i språkbruket antyder att det har skett en gradvis förskjutning i synen på den vård sökande, från någon som väntar tålmodigt till någon som aktivt söker vård, som innehar valfrihet och vårdgaranti och förutsätts medverka i vården av sig själv (Nordgren 2003). Förändringen berör de som arbetar i vården och de som söker vård. Det är denna språkliga förändring som jag har för avsikt att analysera i denna artikel, genom att dels analysera hur marknadsidéer som valfrihet och vårdgaranti formeras dels kan dekonstrueras.

I min analys stödjer jag mig på Michel Foucaults (1991, 1993, 2002) diskursteori, som i korta drag innebär att om ett visst språkbruk legitimeras och börjar användas i samhället eller del av samhället så äger just det språkbruket makt att påverka och förändra människors vardagliga sätt att prata, skriva och tänka om vissa ämnen. Det är således språket som styr människors tankar och handlingar i vardagen. Jag har vidare funnit det meningsfullt att komplettera Foucaults diskursteori, med fokus på diskursiv formation, med en dekonstruktiv läsning av vissa texter i sjukvårdsdiskursen, som visar hur begrepp som valfrihet respektive vårdgaranti kan förstås i olika sammanhang och hur de kan ifrågasättas och sättas i rörelse. Om diskursiv formation handlar om spridning och bildande av diskurser så handlar dekonstruktion om att visa, genom noggrann läsning, att den bildade diskursen är kontingent, dvs. diskursen skulle ha kunnat vara på ett annat sätt. Genom politiska processer och

maktutövning bildas vissa diskurser. Dekonstruktionen syftar till att visa på vilka grunder och utifrån vilka antaganden diskursen har bildats och att den inte är oundviklig. Dekonstruktion kompletterar därmed diskursteori på så sätt att den ökar förståelsen för hur diskursen bildats.

Jag börjar med att ta min utgångspunkt i Foucaults teori om diskursiva formationer för att visa hur begreppen valfrihet och vårdgaranti formeras i den svenska sjukvårdsdiskursen. Jag fortsätter med en dekonstruktiv läsning av några centrala texter i den svenska hälso- och sjukvårdsdiskursen som bl.a. pekar på att en motdiskurs, som jag benämner ”styrning och prioritering”, försöker underminera grunden för valfriheten och vårdgarantin. Vidare görs en ansats till att visa hur motsatsförhållanden mellan vårdgaranti och ”medicin” kan lösas upp. I följande avsnitt redogör jag för mina teoretiska perspektiv.

Diskursiv formation av språkbruk

Sätt att tänka, tala och handla, som konstituerar det som är taget för givet i vardagslivet, påverkas av språkbruk som vanligen inte ifrågasätts. Den diskursiva formationen av sådana språkbruk, inklusive specifika begrepp, uppkommer enligt Foucault (2002) från diskurser som bestämmer begreppens innehåll. Med diskurs menas alla utsagor inom en viss diskursiv formation som handlar om samma begrepp och därmed konstituerar begreppet som ett objekt. Diskursen påverkar människors språkbruk och deras sätt att utveckla nya institutioner i organisationer, dvs. förändra organisationen på ett bestående sätt (ibid.).

Diskursen ringar in de som har rätten att tala inom diskursen och utestänger de som inte har rätten (Foucault 1993). Den gör anspråk på att förmedla sanning, trovärdighet och stabilitet. Vissa ämnen är inte möjliga att tala om inom diskursen (ibid.). En diskursiv formation definieras som de regler som bestämmer hur utsagor sprids och bildar en diskurs:

För den händelse ett sådant spridningssystem kan beskrivas mellan ett visst antal utsagor, för den händelse en regelbundenhet (en ordning, korrelationer, positioner, fungerande, förvandlingar) kan definieras mellan objekten, de olika typerna av utsagor, de tematiska valen, skall vi komma överens om att säga att vi har att göra med en diskursiv formation (Foucault 2002, sid. 55).

Utsagan utgör den grundläggande beståndsdel som analyseras. Inom utsagor återkommer regelbundet vissa begrepp inom bestämda kunskapsområden. Formationen tydliggör på vilka positioner som personer ges rätt att tala inom diskursen, ett tal som sprider begreppen vidare.

Dekonstruktion av språkbruk

Dekonstruktionen består dels av destruktion i meningen nedbrytning dels av konstruktion i meningen uppbyggnad. Pedagogen Bosse Bergstedt¹ skriver att

”Den dekonstruktiva läsningen kan beskrivas i två steg, det första fokuserar på ”motsatspar” och det andra på ”förskjutning”. Båda stegen tar sin utgångspunkt i den grundläggande skillnad som ständigt upprepas i språket... I ett inledande steg gäller det att få syn på dessa motsatspar, vilka är de? Hur gestaltas motsatsparen?... När motsatsparen har identifierats så gäller det i nästa steg att skapa en förskjutning som gör att de kommer i rörelse. För att lyckas med detta gjordes en upplösning av de båda motpolerna.”

Organisationsanalytikern Robert Chia² har sammanfattat hur dekonstruktion kan användas för analys av organiseringsprocesser, organisatoriska begrepp och deras skiftande betydelse. Han betonar att läsningen av texter sker med en speciell blick på texters konceptuella ordning, logik och retorik. Liksom Bergstedt betonar, gäller det enligt Chia, att analysera i meningen upplösa, och sedan förskjuta motsatsparen, som står i ett oppositionellt förhållande till varandra och inom vilka de ingående termerna och begreppen oftast framstår som enhetliga.

Genom upplösningen av motsatsparen blottläggs grunden (förutsättningarna) för dem och deras ursprungliga effekt på texter kan då belysas. Avsikten är att finna detaljer som visar på motsägelser, instabiliteter och inkonsistenser som medför att de undergrävs. Det kan även handla om att påvisa sådant som texten inte talar om (negativiteten).

I skede två, förskjutningen, kommer motsatstermerna återigen att inristas som text, men ges då en annan innebörd, status och påverkan. Därmed skapas en initial osäkerhet som rubbar textens hierarkiska ordning och som visar att begreppen är godtyckliga.

Genom att dekonstruktionen är fokuserad på språkets detaljer (mikropraktik) och sätt att skapa skillnader och brytningar kompletteras Foucaults diskursteori, som vanligen används på makronivå, med en teori som visar hur nya diskurser bildas i detalj.

I nästa avsnitt diskuteras möjlighetsvillkoren för en förändring av språkbruket.

¹ Bosse Bergstedt (2004, sid. 57) har i artikeln Efter bildning: en dekonstruktiv läsning av ett svenskt och ett danskt bildningsbegrepp beskrivit hur dekonstruktion kan användas som ett alternativ till hermeneutik

² Robert Chia 1996 har i boken Organizational Analysis as Deconstructive Practise analyserat förutsättningar och tillvägagångssätt för att analysera organisering som en dekonstruktiv praktik. Begreppet beslutsfattande utsätts för en dekonstruktiv analys som är ett bra exempel på hur dekonstruktion kan genomföras.

Hur kunde förändringen av språkbruket ske?

Hälso- och sjukvårdens språkbruk har, som bland andra, exemplet ”kund” visar, genomgått en förändring som skett som en följd av en bred spridning av marknads- och managementdiskurser (Nordgren 2003).

Det var i samband med att nyliberalismen fick sitt genombrott i slutet av 1970-talet som det framställdes en marknadsdiskurs omfattande marknadens språkbruk och praktik. Diskursen, med hemvist i den neoklassiska nationalekonomin, artikulerade kritik av den dominerande välfärdsdiskursen. Kritiken uttrycktes i två huvudlinjer, den ena handlade om att offentligt bedriven verksamhet beskrevs som ineffektiv (Forssell & Jansson 2000, sid. 152). Den andra gick ut på att visa att välfärdsstaten uppträdde maktfullkomligt och byråkratiskt och kränkte människors rätt att vara självbestämmande i frågor som rör deras eget liv (Friedman & Friedman 1980).

Det var i första hand betoningen av kränkningen av individens frihet att göra egna val och vara aktiv i fråga om produktion och konsumtion som, uttryckt med Foucaults språkbruk (1993), utgjorde möjlighetsvillkoret för kritiken av välfärdsdiskursen. Marknadsdiskursen artikulerade en ökad grad av marknadsorientering av välfärdstjänster som tog sig uttryck i avreglering och kundorientering av tidigare ”monopolområden”, som el, tele och järnväg, men även av välfärdsområden som skola, omsorg och vård. Den synliggjordes i en ökad användning av marknadens och företagets språkbruk och praktik inom alltfler samhällsområden, inklusive politikens (Fairclough 2000) och som ett förändrat handlingsmönster på offentliga institutioner (Fairclough 1995, sid. 100). Inom sjukvården har ekonomiska begrepp som valfrihet, vårdgaranti och vårdpeng (kan jämföras med skolpeng) börjat användas i Sverige.

Parallellt med spridningen av marknadsdiskursen har ett individuellt rättighetstänkande, en rättighetsdiskurs, börjat präglade hälso- och sjukvården under 1990-talet. Det framgår i den ändrade Hälso- och Sjukvårdslagen från 1999 (Sahlin 2000) i utsagan ”Patienten har rätt att välja läkare och behandling” att ord från olika diskurser sätts samman och bildar en utsaga.

Även Service Managementdiskursen har under slutet av 1990-talet spelat en framträdande roll i hälso- och sjukvården vilket framgår av texter skrivna av Service Managementforskare som Richard Normann (2001), Christian Grönroos (2002) och Evert Gummesson (2002).

Spridningen av marknads- och Service Managementdiskurserna till sjukvården har banat väg för att den vårdsökandes ställning har förskjutits i riktning mot en kundposition (Nordgren 2003). Därmed har det skett en fullständig decentralisering av ansvar och befogenheter till den enskilda människan själv. Konstruktionen av en kundposition i

sjukvården bygger på antagandet att människor har förmåga att göra egna val och en vilja att styra sig själv, vilket i sin tur bygger på antagandet att människor lär sig om sin hälsa och om olika behandlingsalternativ, reflekterar över dem, väljer alternativ och medverkar i vården av sig själv. Ett liknande antagande finns inom skolan med idén om det livslånga lärandet.

Som en reaktion mot att ge den vårdsökande mer makt i början av 2000-talet försöker landstingen standardisera och styra service och servicenivå³ till de vårdsökande. Det framträder därmed en motdiskurs till marknadskursens fria vårdval (se vidare ”*Dekonstruktion: Vårdgaranti contra Prioritering*”). Vilka marknadsteman är det då som sprids till sjukvården?

Marknadsteman som sprids till sjukvården och formeras

I detta avsnitt illustreras hur två teman, valfrihet och vårdgaranti, båda förknippade med marknadskursen, sprids till sjukvården och försöker vinna fäste och legitimitet där. Temana är uppbyggda av ord som val, frihet, vård och garanti. När orden sätts samman bildas fraser som valfrihet och vårdgaranti. Fraserna sprids och influerar sjukvårdens diskursordning.

Valfriheten och vårdgarantin anses i den allmänna sjukvårdskursen bidra till att förstärka patientens ställning i meningen ökad delaktighet och ökat inflytande (Landstingsförbundet 2004). Ökade valmöjligheter och vårdgarantier har dessutom, under de senaste 15 åren, använts i den politiska sjukvårdskursen som ”instrument” för att öka tillgängligheten av sjukvård och minska vårdköerna, därför att tillgänglighet och vårdköer anses vara de stora problemen i svensk hälso- och sjukvård (ibid. sid. 27). Detta förhållande illustreras av några frågor som inkommit till Landstingsförbundets e-brevlåda:

”Hur får man reda på väntetider till behandlingar som ej finns beskrivna? Hur bestäms vilka behandlingar det redovisas tider för? Jag vill veta mer om väntetider för en axelledsoperation men jag hittar ingen information om det”,

”Undrar var jag kan få information om valfrihetsvård eftersom jag väntat i 4 år på att få vård.” (ibid. sid. 46-47)

I båda utsagorna frågas efter information om väntetider till behandling och vård.

³ Hur service kan organiseras och styras så att standardisering förverkligas beskrevs av Levitt 1972.

Det fria vårdvalet formeras

En av marknadsdiskursens effekter på samhället är att valfrihet eller med andra ord det fria vårdvalet, artikuleras i alltfler sammanhang. Att göra val tenderar att bli en allt större del av det privata handlandet som kan beskrivas som individuellt.

Valfrihet har sedan slutet av 1980-talet varit ett tema i sjukvården, från ett läge som utmärktes av en låg grad av valfrihet, eller ingen alls, där den vårdsökande hänvisats till ett visst sjukhus, till ett läge som definieras av rätten att välja sjukhus, läkare och behandling (Blomqvist 2002). Då reglerna för valfrihet utvecklats olika inom landstingen har Landstingsförbundet samlat landstingen kring en politisk rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården (Landstingsförbundet A 00:56) som gäller från 2001-07-01:

1. Vården lämnas av landsting och andra vårdgivare med offentlig finansiering.
2. Patienterna skall erbjudas möjlighet att inom det egna landstinget välja vårdinrättning/vårdgivare inom primärvården (en utvidgning av hälso- och sjukvårdslagen), att välja öppenvårdsmottagning för specialistsjukvård och sjukhus inom länssjukvården.
3. Patienterna skall erbjudas möjlighet inom andra landsting att välja primärvård, att välja öppenvård för specialistsjukvård i enlighet med landstingets remissregler och att välja behandling i slutenvård vid sjukhus inom länssjukvården eller i öppenvård för specialistsjukvård, efter det att behovet har fastställts i hemlandstinget.
4. Vid mer kostnadskrävande åtgärder krävs godkännande av hemlandstinget. Patienten svarar för reskostnader som det egna valet av vårdgivare i annat landsting medför.

Rekommendationen ovan säger att patienten skall få välja sjukvård vare sig det gäller primärvård, öppen specialistvård eller slutenvård inom andra landsting än det egna, med eller utan remiss. En patient som behöver exempelvis en starroperation kan välja att få denna operation utförd i det egna eller i ett annat landsting än det egna, oberoende av skälen till valet. Med andra ord sägs inte patienten vara hänvisad endast till det egna landstingets vårdutbud utan det har skett en form av frisättning av individens valmöjligheter. Ett hinder kan dock vara att patienten själv får betala resor i samband med vård utanför det egna landstinget

Valfriheten är emellertid i praktiken beskuren, vilket framgår av paragraf tre ovan, som säger att behovet av operation skall fastställas i det egna landstinget, i praktiken av läkare. Inskränkningen grundar sig på Hälso- och Sjukvårdslagens (Sahlin 2000) tredje paragraf:

”Patienten har inte rätt till behandlingar utanför det landsting inom vilket han eller hon är bosatt, om detta kan erbjuda en behandling som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.”

Då patientens rätt till valfrihet, vilket framgår av citatet, underordnas hemmalandstingets beslut betyder detta att valfriheten inskränks till att framföra önskemål om vård på annan ort.

Diskussionen om valfrihetens innebörd tydliggör att det krävs en preciserad tolkning om vad rekommendationen innebär, vad det egna landstingets beslut innebär och vad lagen säger.

Det krävs även en analys av hur läkare, som innehar en nyckelposition i hälso- och sjukvårdens organisering, uppfattar och hanterar valfriheten. Enligt forskaren Ulrika Winblad Spångberg⁴ är det läkaren som ger patienten den information som krävs för att göra val, liksom det är läkaren som remitterar dvs. ger klartecken för patientens egna val. För ett genomförande av valfriheten är läkarens insats därför av stor betydelse. Enligt Winblad Spångberg sker detta i otillräcklig grad. En liknande slutsats drar Renstig och Westlin i en undersökning gjord åt Svenskt Näringsliv (2004). De hävdar att ”Fritt vårdval gäller inte i verkligheten. Det är svårt att boka tid utanför det egna landstinget.” Enligt denna undersökning saknas på de flesta kliniker information och service som skulle möjliggöra vårdsökande utanför det egna landstinget.

Det krävs emellertid även att den vårdsökande själv utövar sin valfrihet. Friheten att göra egna val bygger på aktiva handlingar. Friheten är som Foucault (1991, sid. 47) säger en praktik som utövas. Institutioner, lagar och strukturer kan inte garantera friheten. Den enda garantin för frihet är utövandet av friheten. Utan handling och aktivitet förblir valfriheten en samling av löften och regler.

Rekommendationen visar likväl, trots svårigheterna att tolka valfrihetens gränser och trots svårigheterna i genomförandet, att den landstingsdrivna sjukvården håller på att utvecklas till

⁴ Winblad Spångberg, U. 2003. Från Beslut till Verklighet. Läkares roll vid implementeringen av valfrihetsreformen i hälso- och sjukvården. Avhandling. Uppsala Universitet. Winblad Spångberg hävdar att valfriheten inte fått ett större genomslag i Sverige. Även om läkarna säger sig vara positiva till valfriheten har de inte, enligt Winblad Spångberg, informerat tillräckligt om olika sjukhus, kötider och kvalitet, dvs. olika alternativ. Detta sägs bero på att läkare har otillräcklig kunskap om alternativen. En alternativ förklaring kan vara att trots att valfriheten är överenskommen och beslutad politiska texter så är denna politiska och ekonomiska maktutövning inte tillräcklig för att ett brett genomförande som inkluderar en fullödlig information till kunder/patienter från läkare samt någon form av stödsystem till kunder/patienter. Mer forskning torde behövas kring detta område.

en typ av reglerad marknad. Slutsatsen understryks av socialminister Lars Engqvist i en debattartikel i Dagens Nyheter den 24 februari 2002 under rubriken *Bryt blockpolitiken*: ”För att minska väntetiderna är ett fritt vårdval över hela landet av central betydelse. Landstingsförbundets rekommendation om valfrihet för patienterna har redan tagits av de flesta landsting.” Socialministern legitimerar här ett fritt vårdval i hela landet. Från och med 2003 har samtliga landsting anslutit sig till rekommendationen. Det fria vårdvalet har således vunnit hög politisk legitimitet i Sverige.

Vårdgarantin formeras

Möjlighetsvillkoret (Foucault 1993) för att införa en vårdgaranti i den svenska hälso- och sjukvården var och är fortfarande diskussionen om långa vårdköer och den bristande tillgängligheten, särskilt långa väntetider⁵.

Embryot till vårdgarantin skapades i slutet av 1980-talet när det avsattes särskilda ekonomiska resurser till Socialstyrelsen, vilka landstingen kunde ansöka om, under förutsättning att de riktades till att behandla kranskärls-, höftleds- och starroperationer. Enligt samtal med Landstingsförbundets handläggare i frågor som rör vårdgaranti, valfrihet och väntetider Marianne Hanning (2004-03-24) var det moderaterna som år 1991 i Landstingsförbundets styrelse, mot bakgrund av utvecklingen med s.k. ”Patient Charters” i England, föreslog att en vårdgaranti skulle införas i Sverige. Förslaget vann politisk accept under år 1991 och en officiell vårdgaranti kunde sedan införas 1992 av den borgerliga regeringen för tolv olika medicinska områden (Socialstyrelsen 1991).

Syftet med vårdgarantin var att reducera väntetider för utvalda behandlingar. Enligt Hanning (2004-03-24) innebar vårdgarantin en garanti att få en behandlingsåtgärd utförd eller ett besök till en läkare inom en viss tid, såvida läkaren och patienten inte kom överens om något annat. Om vårdgarantin inte kunde uppfyllas inom det egna landstinget inom utlovad tid, hade patienten rätt att, utifrån det fria vårdvalet, söka vård inom ett annat landsting. Denna rätt skulle fungera som ett hot mot egna landstinget i meningen att det blev betalningsskyldigt för vården i annat landsting.

Ansvaret för att genomföra vårdgarantin var lagt på kliniknivå varför avgörande för att reformen skulle implementeras var att läkarna på kliniken var positivt inställda till vårdgarantin eftersom den bedömdes kunna utgöra ett hot mot klinikens autonomi och dess

⁵ Landstingsförbundet. 2004. Projekt Väntetider i vården. 1998-2004 – hur går vi vidare? sid. 27. Se även Hanning, M., Winblad Spångberg. 2000. sid. 16-17, som skriver att väntetider stod i fokus i den politiska sjukvårdsdebatten i mitten på 1980-talet och år 1991.

prioriteringsordning (Hanning & Winblad Spångberg 2000, sid. 18). Det är nämligen läkare som bestämmer över regler och indikationer för vilka patienter som skall föras upp på väntelista och i vilken ordning de skall ställas på listan. Med en vårdgaranti som baseras på ett urval av patientgrupper som skall behandlas inom en viss tid finns det en risk för att dessa regler, indikationer och medicinska prioriteringar, dvs. ”den medicinska ordningen” på kliniken utsätts för ett ingrepp från den politiska makten som rubbar ”ordningen”.

Vårdgarantin från 1992 omprövades emellertid som en följd av att *Prioriteringsutredningen* benämnd *Vårdens svåra val* (SOU 1995: 5) inte ansåg att dessa tolv områden var de högst prioriterade behoven jämfört med Prioriteringsutredningens egna bedömningar (Landstingsförbundet 2004, sid. 9). År 1997 togs den ursprungliga behandlingsgarantin bort och kvar blev en form av besöksgaranti som fortfarande gäller i hela riket (ibid.). Några borgerliga landsting valde dock att behålla även behandlingsgarantin, vilket visar att vårdgarantitemat under 1990-talet inte drevs under full politisk samstämmighet.

Under början av 2000-talet har, liksom på 1990-talet, intresset för valfrihet kombinerats med en idé om en nationell vårdgaranti. Under valrörelsen 2002 tillhörde frågan om en nationell vårdgaranti valdebatten. De borgerliga partierna var de som sedan tidigare hade initiativet i frågan och partiledarna Bo Lundgren, Alf Svensson, Maud Olofsson och Lars Leijonborg skrev i *Dagens Nyheter* (2002-07-12) att ”En vårdgaranti kommer att införas som garanterar vård i tid och valfrihet för patienten mellan olika vårdgivare. Enskilda människor skall återfå makten över sin vardag”. Här ser vi att fraserna valfrihet och vårdgaranti förekommer i samma utsaga.

Under 2002 förde även socialdemokraterna fram tanken på en nationell vårdgaranti, vilket framgår av vad statsråden Lars Engqvist, Ingela Thalén, Bosse Ringholm, Mona Sahlin och Björn Rosengren (2002) skrev i *Dagens Nyheter*:

”Sammantaget finns nu en god grund för att en enhetlig vårdgaranti ska kunna genomföras i hela landet. Den så kallade 0-7-90-regeln ska gälla inom hela hälso- och sjukvården. Patienten ska komma i kontakt med sin vårdcentral samma dag. 0 dagar i väntetid. Inom 7 dagar ska man få träffa sin familjeläkare och inom 90 dagar ska man få behandling. Den socialdemokratiska regeringen och Landstingsförbundet ska nu gemensamt diskutera de praktiska förutsättningarna för att införa en enhetlig nationell vårdgaranti. Garantin ska gälla alla diagnoser och omfatta hela vårdkedjan.”

Vårdgarantin skulle enligt statsråden omfatta alla diagnoser och hela vårdkedjan, som kan förstås som den process som möjliggör en ökad samverkan mellan olika vårdgivare. Detaljerade tidsangivelser görs i denna beskrivning av den tänkta vårdgarantin. Det politiska löftet om vårdgarantin manifesterades av socialminister Lars Enqvist och landstingsförbundets ordförande Lars Isaksson (s) i en gemensam artikel med titeln *Nu gäller det fria vårdvalet* i Hallandsposten (2002-12-21):

Från år 2004 tar vi nästa steg och inför en enhetlig vårdgaranti för alla diagnoser. Genom att sjukvården successivt får mer resurser för att öka tillgängligheten och korta köerna anser vi det fullt möjligt att nästa år introducera en sådan nationell vårdgaranti. Med en vårdgaranti stärker vi patientens ställning ytterligare. [...] Vårdgarantin tydliggör vårdens åtagande att erbjuda behandling vid en tidpunkt som passar patienten. Kan patienten inte erbjudas detta vid den aktuella mottagningen får han eller hon välja annan vårdgivare.

Det är särskilt intressant att notera att regeringen och landstingsförbundet här framför ett gemensamt budskap.

Ännu intressantare är att det även tycks råda consensus mellan regeringen och oppositionen om vikten av att införa en vårdgaranti i sjukvården. De ideologiska skillnader som förekommit mellan politiska partier tycks elimineras av det gemensamma consensuskapande språket med vårdgaranti och valfrihet som honnörsbegrepp. Därmed förstärks tanken på att en nationell vårdgaranti ska kunna förverkligas.

Sättet att skriva ger intryck av beslutsamhet och en vilja att handla aktivt. Vårdgarantin är tänkt att precisera Hälso- och Sjukvårdslagens (Sahlin 2000) allmänna målinriktade formuleringar med preciseringen att vård skall erbjudas vid en tidpunkt som passar patienten. Uppfylls inte detta löfte får patienten lov att välja en annan vårdgivare.

Gemensamt för de återgivna utsagorna om vårdgarantin är att de producerats under valåret 2002 och har karaktären av politiska löften. De förmedlar en optimistisk bild av vårdgarantin men utesluter kärva ekonomiska realiteter och praktiska förutsättningar för ett genomförande.

Under år 2004 har regeringen återkommit⁶ med ett förslag om att föreslå en nationell vårdgaranti som skall gälla from november 2005.

⁶ Förslag till statsbudget för 2005. Hälsovård, sjukvård och social omsorg. Avsnitt 3:4 Mål: Kvaliteten och tillgängligheten ska förbättras. sid. 21.

Den särskilda tillgänglighetssatsningen under 2002-2004 har – tillsammans med bl.a. Landstingsförbundets rekommendation om det fria vårdvalet, utvecklingen av Väntetidsdatabasen hos Landstingsförbundet och Socialstyrelsens arbete med riktlinjer för prioriteringar – utgjort en del i en samlad satsning för att komma till rätta med väntetidsproblemen i den planerade hälso- och sjukvården. Dessa samlade åtgärder har också banat väg för införandet av en nationell vårdgaranti. Tillgänglighetssatsningen och vårdgarantin kompletterar varandra och bör därför utgöra en samlad satsning. Regeringen avser att under hösten 2004 teckna en permanent överenskommelse med Landstingsförbundet om tillgänglighet och införandet av en nationell vårdgaranti den 1 november 2005. För ändamålet föreslås anslaget 48:1 *Kommunalekonomisk utjämning* ökas med sammanlagt 1,95 miljarder kronor 2005. Från och med 2006 föreslås anslaget utökas med 1,75 miljarder kronor per år. Genom införandet av en vårdgaranti tas ett viktigt steg för att förbättra kvaliteten och tillgängligheten i hälso- och sjukvården.

Vi ser i texten hur det sker en länkning mellan det fria vårdvalet, väntetidsproblemen och en nationell vårdgaranti. Genom att införa en vårdgaranti skall tillgängligheten förbättras i sjukvården. Vidare framgår det att särskilda ekonomiska medel avsätts för att genomföra vårdgarantin.

I de följande avsnitten övergår jag till att dekonstruera vissa, här kallade, motsatspar i sjukvårdsdiskursen. Går det att sätta dem i rörelse och skulle det vara möjligt att skillnaderna kan upphävas i någon grad?

Dekonstruktion: vårdgaranti contra patienträttigheter

Utgör då vårdgarantin en juridisk rättighet för patienten. Patienträttighetsbegreppet kan enligt Fallberg (2001) delas in i tre kategorier. Den första och starkaste avser lagligt reglerade rättigheter som innebär att patienten kan vända sig till domstol om patientens rättigheter åsidosätts. Betoningen på legaliteten innefattar rätten att överklaga (Westerhäll 1994, sid. 87). Rättigheterna kallas för egentliga och skall vara preciserade i lagtext och utkrävbara. De är individuella och skall rent faktiskt kunna göras gällande för den enskilde patienten. Individuella rättigheter motsvarar bäst vad som i allmänhet menas med en rättighet i svenskt språkbruk.

Den andra, och svagare, gäller hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter gentemot patienter. Rättigheterna är av servicekaraktär innebärande att den enskilde har rätt att ställa krav under förutsättning av att resurser finns (ibid. sid. 88).

Den tredje typen av rättigheter omfattar generella riktlinjer och policy som sjukvårdshuvudmännen själva beslutar om. Detta innebär att huvudmannen skall leva upp till vissa mål, dock utan möjlighet till sanktioner om målen inte genomförs (Westerhäll 1994, sid. 89).

Vårdgarantin kan inrangeras under den tredje kategorin som omfattar "Icke juridiska policydokument av karaktären Patients' Charter, policydokument och liknande principiella rättigheter där "rätten" främst är av moralisk karaktär." (Fallberg 2001, sid. 4). Vårdgarantin intar således en formell ställning av karaktären politisk viljeyttring, som ett policydokument som uttrycker ett önskvärt politiskt tillstånd. Det är inte fråga om juridiskt bindande löften och den enskilda människan kan inte ställa rättskrav eller ekonomiska anspråk utifrån denna typ av garanti. Vanligen regleras garantin genom ett avtal mellan vårdgivaren eller dess företrädare (Landstingsförbundet) och staten (ibid. sid. 5). Något avtal med patienten upprättas inte.

För patienten är det inte möjligt att överklaga ett beslut som gäller tillämpningen av vårdgarantin i domstol eller annat rättsligt organ. I stället får patienten lita till och utgå ifrån att vårdgarantin ges en substantiell innebörd och infrias av landstingen genom att dessa tillgodoser behov av information, bokning av besök eller behandling och även står till tjänst med bokning av en alternativ vårdgivare, dvs. av ett annat sjukhus om inte det egna landstinget har kapacitet att utföra behandlingen.

Dekonstruktion: vårdgaranti contra prioritering

Under avsnittet *Förändring av språkbruket i hälso- och sjukvården* nämndes att valfriheten och vårdgarantin under 2000-talet har utsatts för en motdiskurs som betonar prioritering, styrning och standardisering av patientens vårdprocess.

Ett sätt att åstadkomma standardisering handlar om att styra de vårdsökande till att initialt alltid kontakta landstingets sjukvårdsupplysning, vars uppgift är att ge råd per telefon till den vårdsökande. De vårdsökande upplyses om "rätt vårdnivå" för dem⁷. Att praktiskt få hjälp med att boka en läkartid ingår inte i sjukvårdsupplysningens uppgift. Sjukvårdsupplysningen kan beskrivas som landstingets styråtgärd som syftar till att hindra den vårdsökande från att nå direkt tillgång till specialistsjukvård. Sjukvårdsupplysningen utgör idag, på liknande sätt

⁷ Se även förslag till statsbudget för 2005 Hälsovård, sjukvård och social omsorg Avsnitt 3:4 Mål: Kvaliteten och tillgängligheten ska förbättras, sid. 21-22, där det skrivs att "En sjukvårdsupplysning per telefon som håller hög kvalitet kan öka patientens trygghet i vardagen, stödja egenvården och vägleda de patienter som behöver ett vårdbesök. Samtidigt kan sjukvårdsupplysningen avlasta hälso- och sjukvården besök som inte är nödvändiga och därigenom leda till bättre resursutnyttjande."

som *Leon*⁸ gjorde på 80-talet, ett försök att styra graden av tillgänglighet i vården. Friheten att välja sätts därmed ur spel och i stället utövas kundservice till de vårdsökande på ett mer standardiserat sätt, en tanke som ligger i linje med Service Managementdiskursen.

Ett annat sätt att standardisera verksamheten handlar om att landstingen återinför remisstvänet till specialistvård. Avsikten med remisstekniken är att styra, dvs. tvinga, den vårdsökande att först vända sig till primärvården, som skriver en remiss, som fungerar som en dörröppnare eller biljett till att få träffa sjukhusets specialistläkare.

Ett tredje sätt att styra sjukvård handlar om att prioritera så att de mest sjuka får vård först. Detta görs genom att öppet redovisa och tillämpa prioriteringslistor som anger vilka diagnoser som skall behandlas respektive vilka som inte skall behandlas av landstingen. I praktiken innebär detta förfaringssätt att landstingen öppet sätter gränser för vilken vård som det allmänna åtar sig. Den vård som inte prioriteras av landstinget, som bortväljs, får den vårdsökande antingen själv betala för eller avstå ifrån. På akutmottagningar tillämpas prioritering oftast på ett aktivt sätt.

Jag konstaterar att landstingen, i början av 2000-talet, börjar tillämpa styrningstekniker i syfte att reglera tillgängligheten till specialiserad sjukvård. Konsekvensen blir att diskursen om valfrihet och vårdgaranti möts av strömningar som tillsammans formerar en motdiskurs som inskränker på valmöjligheterna i sjukvården. Syftet är att styra den vårdsökandes process.

Dekonstruktion: vårdgaranti contra vårdkö

Trots införandet av vårdgaranti i den svenska sjukvården kan det inte tas för givet att vårdköerna permanent kommer att minska eller helt upphöra. Tillfälliga förbättringar kan dock förväntas. Det finns ett antal skäl till detta. Ett är att även sjukvården lyder under ”vanliga” ekonomiska lagar med tillgång, efterfrågan och pris.

Ett annat skäl är att parallellt med att införandet av vårdgarantin medför att fler vårdåtgärder genomförs, ändras de medicinska indikationerna för att genomföra behandlingar av andra skäl än vårdgarantin (Hanning & Winblad Spångberg 2000, sid. 29). Ett exempel på en sådan indikationsglidning är att patienter med grå starr numera kan opereras i ett tidigare stadium av sjukdomsförloppet (ibid.). En annan glidning i indikationerna kan vara att båda ögonen opereras vid ett och samma vårdtillfälle (ibid.).

Ett tredje skäl till att vårdkön inte minskar kan vara att den medicinska professionen inte anpassar sig till vårdgarantins krav på att behandla en utvald grupp av patienter, beroende på

⁸ På 1980-talet talades om *Leonprincipen*. *Leon* är en förkortning av *Lägsta effektiva omhändertagandenivå*. *Leon* lanserades av professorn i psykiatri Gerdt Wretmark, Regionsjukhuset i Linköping.

att medicinska behovsprioriteringar inte sammanfaller med de prioriteringar på nationell nivå som vårdgarantin baseras på. Den medicinska professionen anses ha makt att förhindra eller försvåra ett genomförande av vårdgarantin (ibid.)

Även om vårdgarantin borde leda till att vårdkön elimineras kan således samtidigt förändringar av medicinska indikationer medföra det motsatta. Slutsatsen är att medicinska prioriteringar och kliniskt beslutsfattande knappast är helt konsistent med politiska och ekonomiska prioriteringar.

Slutsats

Genom den diskursiva formationen av språkbruk tenderar vissa begrepp att bli gemensamma i den politiska sjukvårdsdiskursen. Ett exempel på detta är hur den svenska politiska sjukvårdsdiskursen har formerats med ord som valfrihet och vårdgaranti. Vem kan säga emot dessa till synes självklara politiska honnörsord, som har karaktär av politisk löftesretorik, där löftet som ges är att patienten skall vara förvissad om att få en behandling eller ett besök inom en viss tid. Språket verkar consensusskapande och skillnader mellan politiska ideologier och partier tenderar att utjämnas när regering och opposition enas om valfrihet och vårdgaranti.

Det som är problematiskt med användningen av de politiska honnörsbegreppen valfrihet och vårdgaranti är snarare att de härstammar från ett ekonomiskt tanke-system, som skiljer sig från den tidigare dominerande medicinska diskursen med ord som medicinska behov, prioriteringar och indikationer. Det skapas därför skillnader i språkbruk (différence enligt Derrida) som leder till spänningar, konflikter och kamp mellan diskurserna och mellan aktörer på olika positioner i sjukvården. I denna kamp mellan olika diskurser finns det risk för att den enskilde människan kommer i kläm, eftersom hon utsätts för olika budskap och besked (full valfrihet och garanti contra prioritering) från sjukvårdens sida. Eftersom teman som valfrihet och vårdgaranti har som avsikt att minska väntetider för enskilda patienter utifrån nationella riktlinjer och prioriteringar framstår det även som uppenbart att den traditionella kliniska och professionella friheten att bestämma över patientens vård är hotad. Det är också uppenbart att patientens egna val riskerar att bortprioriteras som en följd av de nationella prioriteringarna. Konfliktpunkten ligger i hur prioriteringar görs och hur dessa påverkar den vårdsökandes egna val. Genom att tydliggöra och ventilera skillnaderna mellan diskurserna, genom att dekonstruera dem och förstå hur de är tillkomna och grundade, skapas det emellertid möjlighet för ökad förståelse mellan företrädare för dem.

Syftet med ”reformerna” sägs vara att reducera väntetider. Effekten av dem tycks i praktiken vara att fler behandlingsåtgärder vidtas och att väntetider därför initialt minskar, för

att därefter återigen öka som en effekt av att indikationer för när vård skall ges ändras gradvis. Både språk och indikationer tycks befinna sig i ständig rörelse och förskjutning. Sammantaget finns det därför knappast entydiga belägg för att väntetiderna på längre sikt kommer att minska som en följd av reformerna.

Ett påtagligt och väsentligt problem vid genomförande av reformerna synes vara att medborgare och patienter uppfattas vara otillräckligt informerade om vad valfrihet och vårdgaranti innebär för dem. Om medborgarna inte informeras om valfrihetens och vårdgarantins faktiska möjligheter blir dessa av mindre värde och fungerar då främst som politisk diskurs. I så fall blir även talet om den enskildes möjlighet till eget individuellt ansvar genom att göra egna val av läkare och behandling, som en form av självformering (enligt Foucault 1997), i syfte att stärka sin egen hälsa, av reducerat värde.

Valfrihet och vårdgaranti utgör en form av tjänstegarantier som bygger på marknadstänkande. De är marknadsinstitutioner som lyfts in i sjukvården för att få systemet att fungera smidigare. Det är emellertid osäkert om reformerna kommer att vinna ökad legitimitet bland läkare och befolkning. Det är också osäkert om patienten kommer att omvandlas till den aktiva och mobila kund som reformerna i praktiken förutsätter.

Referenslista

- Blomqvist, P. 2002. *Ideas and Policy Convergence: Health Care Reforms in the Netherlands and Sweden in the 1990s. Avhandling*. New York: Columbia University.
- Bergstedt, Bosse (2004). Efter bildning: en dekonstruktiv läsning av ett svenskt och ett danskt bildningsbegrepp i *Lärandets skilda vägar: om kunskapsbildning i mångkulturella kontexter*. Bosse Bergstedt & Hans Lorentz, (red.) Pedagogiska rapporter, pedagogiska institutionen, Lunds universitet; 2004:83.
- Chia, R. 1996. *Organizational Analysis as Deconstructive Practise*. Berlin, New York: Walter de Gruyter.
- Derrida, J. 1976. *Of Grammatology*. London: Johns Hopkins University Press.
- Derrida, J. 1991. *Rösten och fenomenet*. Stockholm: Thales.
- Fairclough, N. 1995. *Critical Discourse Analysis*. London: Longman 1997.
- Fairclough, N. 2000. *New Labour, New Language*. London: Routledge.
- Fallberg, L. 2001. Patienträttigheter i Norden. Rapport från Nordiska hälsovårdshögskolan. Göteborg.
- Forssell, A., & Jansson D. 2000. *Idéer som fångslar – recept för en offentlig reformation*. Malmö: Liber.
- Foucault, M. 1991. *Politics and the study of discourse. The Foucault Effect. Studies in Governmentality*. Burchell, G., Gordon, C. & Miller, P. (eds). Chicago: The University of Chicago Press.
- Foucault, M. 1993. *Diskursens ordning*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings.
- Foucault, M. 1997. The Ethics of the Concern of the Self as a Practise of Freedom. Ethics. Subjectivity and Truth: Essential works of Michel Foucault. vol. 1:281-301, New York: New Press.
- Foucault, M. 2002. *Vetandets Arkeologi*. Lund :Arkiv förlag.
- Friedman, M., Friedman, R. 1980. *Frihet att välja*. Kristianstad: Kristianstads Boktryckeri.
- Grönroos, C. 2002. *Service Management och marknadsföring – En CRM Ansats*. Malmö: Liber.
- Gummesson, E. 2002 *Relationsmarknadsföring Från 4 P till 30 R* Malmö: Liber
- Hanning, M., Winblad, Spångberg. U. 2000. Maximum waiting time – a threat to clinical freedom? Implementation of a policy to reduce waiting times. *Health Policy*, 52: 15-32.
- Landstingsförbundet. 2004. Projekt Väntetider i vården. 1998-2004 – hur går vi vidare?

- Levin, B. & Normann R. 2000. *Vårdens chans: en modell för morgondagens vård och äldreomsorg*. Falun: Ekerlids.
- Levitt, T. 1972. Production-line approach to service. *Harvard Business Review*. vol. 50: 41-52.
- Nordgren, L. 2003. *Från patient till kund. Intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position*. Avhandling. Lunds Universitet.
- Ottosson, J.- E. 1999. *Patient - läkarrelationen Läkekonst på vetenskaplig grund*. SBU:s publikationsserie, Stockholm: Natur och Kultur.
- Proposition 2004/05:1 Förslag till statsbudget för 2005. Hälsovård, sjukvård och social omsorg.
- Renstig, M., Westlin, K., 2004. Tillgänglighet, Bemötande och Väntetider vid 100 kliniker, Undersökning gjord åt Svenskt Näringsliv.
- Rose, N. 1999. *Powers of Freedom. Reframing political thought*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sahlin, J. 2000. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Författaren och Norstedts Juridik AB.
- Socialstyrelsen 1991 God vård i tid.
- Westerhäll, L. 1994. *Patienträttigheter*. Lund: Nerenius & Santérus förlag.
- Winblad Spångberg, U. 2003. *Från Beslut till Verklighet. Läkares roll vid implementeringen av valfrihetsreformen i hälso- och sjukvården*. Avhandling. Uppsala Universitet.

